

# 健康診断証明書

CERTIFICATE OF HEALTH

医者記入  
For Dr.

氏名 Full Name		生年月日 Date of Birth	
現住所 Home Address		出身高校・大学 High School University	
診断事項 MEDICAL ITEMS			
ツベルクリン 反応最終判定 Latest Tuberculin Reaction	陽性 Positive	疑陽性 Doubtful	陰性 Negative
	検査日 Examination	年 Year	月 日 Month Day
	視力 Eye Sight	左 Left( )	右 Right( )
	色神 Color Sense	<input type="checkbox"/> 正常Normality ( ) <input type="checkbox"/> 色弱Incomplete Color Blindness ( ) <input type="checkbox"/> 色盲 Color Blindness( )	
エックス線像 X-Rays		身体障害 Physical Impediment	
所見 Result and Doctor's Statements		区分 Items 該当に"✓" Indicate with "✓"	
		運動 Physical Exercise	<input type="checkbox"/> 良好 Good <input type="checkbox"/> 要検査 Examin Necessary
		視覚 Sight	<input type="checkbox"/> 良好 Good <input type="checkbox"/> 要検査 Examin Necessary
		聴覚 Hearing	<input type="checkbox"/> 良好 Good <input type="checkbox"/> 要検査 Examin Necessary
		言語 Speaking	<input type="checkbox"/> 良好 Good <input type="checkbox"/> 要検査 Examin Necessary
		特記(その他 要検査事項など) Remarks and some other items to be examined, etc.:	
主な既往症と罹患時の年齢 Medical History & Age When the Disease Developed		精神障害 Mental Disorder	
肺結核 Tuberculosis	才 Age	小児マヒ Infantile Paralysis	才 Age
気管支喘息 Bronchial Asthma	才 Age	てんかん Epilepsy	才 Age
心臓病 Cardiac Diseases	才 Age	神経症 Nervous Disorder	才 Age
胃疾病 Stomach Diseases	才 Age	精神病 Mental Disorder	才 Age
リュウマチ Rheumatism	才 Age	その他 Any Other Diseases	才 Age
私が診断いたしました結果、健康状態は下記の通りです。		The General Stete of The Applicant's Health is:	
優 Excellent		良 Good	
可 Fair		不可 Poor	
入学後も健康管理上注意するものを記入してください。		Diseases Need to be Checked After Enrollment.	
上記の通り相違ないことを証明いたします。 I Hereby Certify The Above Statements to Be True.			
診察日: Date of Examination: _____			
検査施設名と住所 Institution's name and Address: _____			
医師氏名署名 Full Name in block letter and Signature: _____			

印  
STAMP

※National or Municipal Hospital Only